



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de Trabajo: Trabajo de revisión bibliográfica sistemática

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Estudiante: Melania Caraballo Curbelo

Tutor: Jesús González Sánchez

Salamanca, mayo de 2019

Agradecimientos:

*A mi familia, por hacer que esto fuera posible y por todo el esfuerzo que esto supone,
y, especialmente, a mi hermana por ser mi ejemplo a seguir.*

A Jonatan por apoyarme cada día.

*A todos los docentes de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia que
durante estos 4 años me han formado para ser futura profesional de enfermería.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS	8
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS	9
4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	11
4.1. Clasificación de pacientes pluripatológicos.	12
4.1.1. Clasificación del grado de complejidad según el Servicio Asistencial de Castilla y León (SACYL).	13
4.1.2. Pirámide de Kaiser Permanente.....	14
4.2. Otras clasificaciones y modelos utilizados.	15
4.2.1. Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos.	15
4.2.2. Índice PROFUND.	17
4.2.3. Índice PROFUNCTION.	17
4.2.4. Chronic Care Model o Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas.....	18
4.2.5. Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas.	19
4.2.6. Veterans Health Administration.	20
4.3. Patologías más frecuentes en pluripatológicos.	21
4.4. Atención de enfermería en pacientes pluripatológicos.....	22
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	24
5.1. ¿Qué clasificación es la mejor o más útil?	24
5.2. ¿Cuál es el modelo de atención al paciente pluripatológico más recomendado?	25
5.3. ¿Existen diferencias entre pacientes pluripatológicos en Atención Primaria y hospital?.....	25
5.4. ¿Se encuentran las enfermeras con suficiente preparación y con el material necesario a la hora de identificar un paciente pluripatológico?.....	26
6. CONCLUSIONES.....	28
7. BIBLIOGRAFÍA	29

RESUMEN

La pluripatología hace referencia a la existencia de dos o más enfermedades crónicas, es decir, que una persona presenta diversas enfermedades que tienen una evolución larga en el tiempo y la cual no se prevé una pronta recuperación. El tiempo de dichas enfermedades no se ha establecido, pero por lo general se suelen determinar crónicas cuando tienen una duración mayor de seis meses.

Por lo tanto, un paciente pluripatológico es caracterizado por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que tienen de duración un año o más. Cabe destacar, que nos encontramos ante un concepto que no solo se centra en la enfermedad propia sino en el paciente visto de forma general.

Debido al envejecimiento poblacional, el número de enfermos con pluripatologías se ha visto incrementado en los últimos años. El objetivo de este trabajo se va a centrar en analizar una serie de escalas y valoraciones necesarias que se utilizan para la clasificación de dichos pacientes pluripatológicos.

Se resalta también el papel de enfermería durante la detección de estos pacientes mediante la utilización de estas clasificaciones, ya que la actuación de estos profesionales es imprescindible en este proceso.

PALABRAS CLAVE

Paciente pluripatológico, pluripatología, clasificación, enfermedad crónica, paciente crónico.

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes pluripatológicos son aquellos que presentan dos o más enfermedades crónicas y que, por ello, necesitan una asistencia sanitaria continuada. Algunas de las enfermedades crónicas que hoy en día están más presentes en nuestra comunidad son la diabetes mellitus, hipertensión, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis, epilepsia, VIH, demencia, etc.^{1, 2}

Es importante resaltar que las enfermedades crónicas no suelen aparecer de manera individual, es decir, que mayoritariamente coinciden varias de estas enfermedades en el tiempo y en un mismo individuo (a esto lo llamamos multimorbilidad).³

El 72-96% de los ancianos presentan trastornos crónicos. Es de incumbencia de todos los profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeras de atención primaria, llevar a cabo la prevención y promoción de la salud, para así evitar o disminuir la aparición de enfermedades crónicas. Haciendo hincapié sobre todo en los hábitos de vida saludables, evitando el tabaquismo, el alcohol, las drogas, la mala alimentación, el sedentarismo...³

Las características que están presentes en todos estos pacientes pluripatológicos, aunque no tienen por qué estar todas, son: edad avanzada (la pluripatología aumenta con la edad), aumento de la tasa de mortalidad, tendencia al deterioro cognitivo y funcional progresivo, mayor vulnerabilidad, dependencia física y el incremento, en cuanto a frecuencia, de la asistencia hospitalaria. Todo esto hace que produzca un aumento de las demandas de recursos sanitarios.⁴⁻⁶

Hay una serie de ocho categorías, las cuales sirven para el diagnóstico de los pacientes pluripatológicos. La presencia de dos o más de las citadas categorías en un enfermo, nos indicará que estamos ante un paciente pluripatológico.⁷⁻⁹

Cada una de estas ocho categorías tienen asociadas diversas enfermedades en función de la afectación funcional del órgano que puede estar dañado, es decir, del órgano diana.¹

Esto, como ya hemos comentado anteriormente, va a producir la aparición de diversos síntomas, tanto nuevos como agudizaciones de estos y un progresivo deterioro funcional, lo que hace que el enfermo presente una gran susceptibilidad y tiene gran riesgo de caer en la cascada de la discapacidad a medida que avanza el tiempo.⁵

Ser un paciente que sufre de pluripatología conlleva también un gran deterioro funcional. Este deterioro quedó reflejado en un estudio comparativo donde se mostró que los

pacientes pluripatológicos no recuperaban su funcionalidad basal al alta, y que había una importante disminución en el índice de Barthel.²

En otro estudio realizado durante 1 año demostró también, que, llevando el seguimiento adecuado a pacientes pluripatológicos en atención primaria, se producía una caída media de 11 puntos en el índice de Barthel.^{13, 14}

Un informe de la Organización Mundial de la Salud realizado en 2010 sobre enfermedades no transmisibles nos resalta que, en España, el 91% de las patologías tuvieron como desenlace el fallecimiento, correspondiendo el 33% a enfermedades cardiovasculares, el 27% a cánceres, el 9% a enfermedades respiratorias, el 3% a diabetes, y a otras enfermedades crónicas un 19%.⁸

Asimismo, nos aclara que, las enfermedades crónicas fueron la causa de más del 60% de las muertes en el mundo en 2005 y llegaron a motivar el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario. Se prevé que estas enfermedades serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 su incidencia se duplicará en mayores de 65 años.^{8, 10}

Otro dato alarmante que aporta la OMS es que, en 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica y el 29% era de menos de 60 años de edad. Además, se cree que en 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción.

Estas cifras se pueden llegar a disminuir evitando los principales factores de riesgo comportamentales, como son el uso excesivo del alcohol, el sedentarismo, el tabaquismo y la mala alimentación.¹¹

Por otro lado, según nos indica la Encuesta Europea de Salud, en 2009, y tras un estudio realizado, se ha comprobado que está en notable aumento la cifra de personas que sufren algún trastorno crónico, y que, como añadido, a medida que va aumentando la edad están aumentando la cantidad de patologías crónicas por pacientes. Es decir, hay una relación entre la edad y la pluripatología, por lo que se prevé que este problema irá en aumento a lo largo de los años.¹²

Es destacable también los numerosos casos de personas jóvenes que padecen alguna enfermedad crónica, haciendo una especial mención a enfermedades mentales como la depresión.^{3, 12}

En cuanto a mortalidad, se calcula que aproximadamente el 6% de los pacientes pluripatológicos fallecen mientras se lleva a cabo su seguimiento desde atención primaria y un 20% en hospitales mientras se encuentran ingresados. Es decir, que un 36% de los pacientes con pluripatología fallecen durante el primer año de ser diagnosticados, y alrededor del 50% a los 4 años. Estos valores son bastante mayores a los de pacientes no pluripatológicos.^{6, 13}

Debido a estas cifras que se encuentran presentes en los pacientes pluripatológicos y que hacen que estén en alto riesgo, debe haber una coexistencia entre atención primaria y la atención hospitalaria para un adecuado cuidado de dichos enfermos.⁸

El motivo por el que se plantea este trabajo es la intención de obtener información sobre la clasificación existente de los pacientes pluripatológicos, mediante la búsqueda y análisis de literatura científica.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal:

- Realizar una revisión bibliográfica para poder analizar las diferentes escalas de valoración que se utilizan para los pacientes pluripatológicos.

Objetivos secundarios:

- Analizar el funcionamiento y eficacia de las escalas, tanto antiguas como de las más actuales.
- Analizar qué escala es la más utilizada para estos pacientes.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se ha realizado una revisión de la literatura científica con el objetivo de conocer la evidencia disponible sobre este tema. La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando las bases de datos Pubmed, Medline, Scielo, Google académico y consulta de páginas en sociedades científicas. Para ello se han utilizado dos idiomas, español e inglés. Para las bases de datos en español se utilizaron las palabras claves: paciente pluripatológico, pluripatología, clasificación, enfermedad crónica y paciente crónico, y para las bases de datos anglosajonas: patients with multiple pathologies, chronic disease y polypathology.

Además, en un principio se acotó el límite de tiempo para la búsqueda de artículos desde 2009, pero debido a la escasa información encontrada se decidió no estimar un límite temporal.

El criterio de selección se basó en la originalidad de los artículos y también mediante la revisión del título y resumen de estos. Se utilizaron también operadores como “and” y “or”.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos y estudios no redactados en idioma castellano e inglés.
- Tener un acceso limitado y/o previo pago.
- No ofrecer información relacionada de forma directa con los objetivos de estos estudios.
- No ser artículos originales y/o de revisión.

Las estrategias de búsqueda y los resultados obtenidos de las mismas se encuentran reflejados en la *Tabla 1*.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultado Total: 21
Pubmed	(Paciente pluripatológico) AND enfermedad crónica	2
Pubmed	((classification) AND pluripatología) AND paciente	1
Pubmed	(((((chronic disease) OR classification) AND patient)) AND multipathology	1
Pubmed	Multipathology patient	8
Pubmed	(paciente pluripatológico) AND atención primaria	1
Medline	Clasificación AND paciente crónico complejo AND enfermedad crónica	2
Scielo	(paciente pluripatológico) AND (enfermedad crónica)	1
Scielo	(((((paciente crónico) OR (pluripatología)) AND (clasificación)) OR (paciente pluripatológico)) AND (enfermedad crónica)	4
Scielo	(paciente pluripatológico) AND (hospital) OR (hospitalización)	1

Tabla 1. Estrategia de búsqueda.

4. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las fuentes encontradas a través de las diferentes estrategias de búsqueda fueron un total de 55, algunas de ellas eran comunes en las bases de datos consultadas. Se seleccionaron 30, el resto de los documentos fueron desechados ya que no cumplían los requisitos de inclusión. Se excluyeron principalmente por ser de acceso de pago y no poder obtener el texto completo, por no contener palabras claves en el título o porque la lectura del resumen no concordaba con el tema elegido. De los 30 estudios seleccionados, 21 fueron artículos y/o estudios científicos.

La búsqueda realizada en las diferentes bases de datos ofreció el siguiente resultado:

En Pubmed se encontraron 13 artículos, de los cuales se seleccionaron 8, en Medline fueron encontrados 2 y se eligió 1, en Scielo se hallaron 6 artículos de los cuales 4 fueron aptos, del buscador Google Académico se encontraron 22 de los cuales fueron escogidos 8 para realizar esta revisión bibliográfica. Además, también fueron encontrados 12 estudios de diversas páginas de sociedades científicas, los cuales fueron de gran utilidad. (*Figura 1*).

A pesar de haber centrado la búsqueda en los últimos diez años, la mayoría de los estudios encontrados y seleccionados, pertenecían al periodo de tiempo entre 1998 y 2018. Se encontraron 6 revisiones bibliográficas, 5 estudios descriptivos, 5 estudios prospectivos, 2 estudio de cohortes, 1 estudio observacional y 1 estudio transversal. Además, también fue utilizado 1 libro y 12 páginas oficiales de diversas sociedades científicas (Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Servicio Canario de Salud, Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, Junta de Andalucía, Junta de Castilla y León, Institute for Healthcare Improvement...).

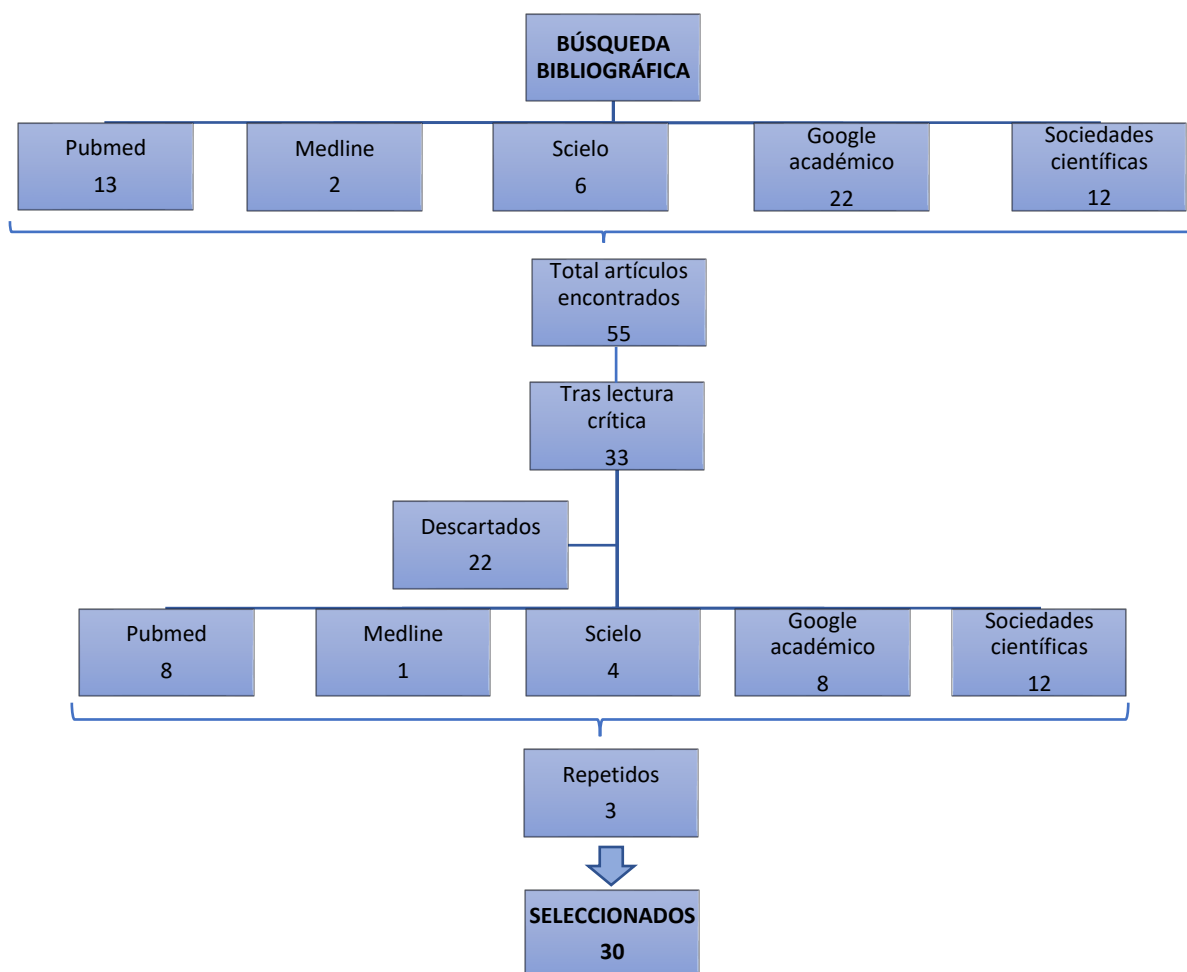


Figura 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica.

A continuación, se describen aspectos que son de interés para esta revisión:

4.1. Clasificación de pacientes pluripatológicos.

Debido a que cada vez el número de personas con múltiples enfermedades crónicas va creciendo es muy importante poder detectar e identificar a los pacientes pluripatológicos y saber el nivel de riesgo que tienen, y para ello son necesarias las clasificaciones y estratificaciones.⁸

4.1.1. Clasificación del grado de complejidad según el Servicio Asistencial de Castilla y León (SACYL).

En la comunidad Autónoma de Castilla y León se ha realizado un proceso de clasificación de la población con pluripatología, a través de la captación de una serie de información de los pacientes. Así se segmentó la población en cuatro grupos de estratificación (G0, G1, G2 y G3) (*Figura 2*). Cada uno de estos presentan distintos niveles de riesgo, con necesidades clínicas diferentes en cada uno, tanto sanitarios como sociales. Uno de los elementos en los que se centra esta clasificación, aunque va generalmente destinada a toda la población de la comunidad, es en los pacientes crónicos pluripatológicos complejos, que son los que se clasifican como G3, ya que estos enfermos necesitan atención médica y cuidados enfermeros continuados.¹⁵

Esta estratificación ayuda a los profesionales sanitarios a intervenir activamente sobre aquellos pacientes potenciales a padecer pluripatología.

- G0: Sanos, no usuarios o procesos agudos no significativos. Se llevarán a cabo labores de promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo.
- G1: Pacientes con una enfermedad estadio inicial-estable. Se atenderá y controlará el proceso clínico en el marco de la Atención Primaria y se promocionará la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud.
- G2: Pacientes crónicos/pluripatológicos con enfermedad avanzada-estables. Se llevará a cabo también desde Primaria, pero con apoyos puntuales de los médicos de Atención Especializada, y se insistirá en su propia responsabilidad y en la de sus familiares para cuidar su problema de salud.
- G3: Pacientes crónicos/pluripatológicos complejos. Tendrán atención y control de su proceso tanto por parte de la Atención Primaria como de la Especializada, mediante la gestión de procesos y casos, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.¹⁶

Esta estratificación usada por el SACYL va a permitir conocer en qué nivel se sitúa cada paciente dependiendo de su estado de salud y de esta forma permite que las intervenciones que se le va a realizar al paciente sean mejores y con

mayor adaptación a sus necesidades y demandas.¹⁵ Además, gracias a esta clasificación se puede llevar a cabo una continuidad de la atención de forma integral y personalizada, y la rápida detección de descompensaciones de sus enfermedades crónicas.¹⁵

ESTRATIFICACIÓN MODELO SACYL - 01/01/2014				
Grupo	Características	POBLACIÓN	%	Necesidades de atención
G0	Sanos, no usuarios o procesos agudos no significativos	1.649.444	68,18	Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades de Prevención y Promoción de -PAPPS- de Servicios de Atención Primaria). Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.
G1	Una enfermedad crónica estadio inicial y estable	457.516	18,91	Atención y control del proceso clínico en el marco de la Atención Primaria, según protocolo conjunto Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud
G2	Dos o mas enfermedades crónicas estables	192.280	7,95	Atención y control del proceso clínico por parte de Atención Primaria con los apoyos del médico especialista según protocolo, mediante la gestión de procesos. Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud
G3	Crónicos pluripatológicos complejos	120.056	4,96	Atención y control del proceso clínico por parte de Atención Primaria compartida con Atención Especializada (UCAS) según protocolo, mediante la gestión de casos y, con la participación de los servicios sociales si precisa. Participación del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud

Figura 2. Clasificación del grado de complejidad según SACYL.

4.1.2. Pirámide de Kaiser Permanente.

La Pirámide de Kaiser Permanente surgió en 2002 y fue desarrollado en Estados Unidos por la aseguradora Kaiser Permanente. Se trata de una clasificación piramidal, en la cual se pueden diferenciar segmentos distintos de población, en cada una de las cuales se llevará a cabo un abordaje distinto (*Figura 3*). En definitiva, se centra en toda la población en conjunto y en sus necesidades.³

Esta clasificación distingue entre:

- Población general: en la base de pirámide se encuentra la gente sana o no diagnosticada que únicamente necesita promoción de la salud y prevención de la enfermedad controlando los factores de riesgo.
- Pacientes crónicos: en el primer nivel se incita al propio autocuidado del paciente.

- Pacientes de alto riesgo: en el segundo nivel hay una combinación entre el autocuidado del paciente y el apoyo profesional en relación con la patología crónica que presente.
- Pacientes de alta complejidad: en el tercer nivel se realiza un servicio personalizado del caso.^{17, 18}



Figura 3. Pirámide de Kaiser Permanente.

Como resultado de esta pirámide se va a potenciar diferentes puntos claves para el paciente pluripatológico y sus distintas enfermedades crónicas, como es la promoción de la salud, la prevención, una atención integrada, reducir el tiempo de hospitalización o ingreso hospitalario y fomentar el autocuidado del enfermo, y, todo ello, desarrollando las competencias enfermeras, de la forma más eficiente en cuanto a recursos y buscando siempre la mejora del paciente.^{18, 19}

Con este sistema piramidal se consigue que haya un enfoque de salud poblacional con una integración sistémica y una gestión activa y coordinada de las enfermedades crónicas, fomentando la atención llevada a cabo por equipos multidisciplinares.²⁰

4.2. Otras clasificaciones y modelos utilizados.

4.2.1. Categorías clínicas para la identificación de pacientes pluripatológicos.

Nos encontramos ante un paciente pluripatológico si podemos cerciorarnos de que presente dos o más enfermedades crónicas de las que se encuentran recogidas en estas categorías. Es decir, que un paciente que padezca alguna enfermedad

incluida en 2 de estas categorías clínicas es pluripatológico, y también hay que tener en cuenta si ha tenido un ingreso hospitalario durante el último año.^{7, 15} Estas categorías son utilizadas sobre todo en Atención Primaria para identificar a estos pacientes y poder realizar el seguimiento adecuado.⁹

- Categoría A:
 - A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual).
 - A.2. Cardiopatía isquémica.
- Categoría B:
 - B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular <60ml/m o proteinuria, mantenidos durante tres meses.
- Categoría C:
 - C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano), FEV<65% o Sat O₂≤90%.
- Categoría D:
 - D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
 - D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal.
- Categoría E:
 - E.1. Ataque cerebrovascular.
 - E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel <60).
 - E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores).
- Categoría F:
 - F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
 - F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
- Categoría G:

- G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina <10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses.
- G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
- Categoría H:
 - H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel <60).⁸

4.2.2. Índice PROFUND.

En España se desarrolló y se validó el Proyecto PROFUND, cuyo principal objetivo era desarrollar una herramienta útil para la predicción diagnóstica de pacientes pluripatológicos.⁵

Por lo tanto, el índice PROFUND ayuda a pronosticar a pacientes pluripatológicos. Este índice tiene varias dimensiones (demografía, características clínicas, parámetros analíticos, características funcionales-sociofamiliares y características asistenciales) las cuales se valoran según su presencia o ausencia, correspondiendo a cada dimensión una puntuación específica y habiendo un máximo de 30 puntos en total.¹

Porcentaje de mortalidad a los 12 meses según el grupo de riesgo:

- 0-2 puntos (Bajo riesgo): 12,1-14,6%.
- 3-6 puntos (Riesgo bajo-intermedio): 21,5-31,5%.
- 7-10 puntos (Riesgo intermedio-alto): 45-50%.
- 11 o más puntos (Riesgo alto): 61,3-68%.^{1, 8}

El índice PROFUND ha sido validado y demostrado por distintas cohortes tanto su discriminación como su calibración en pacientes pluripatológicos. También se ha comprobado su funcionamiento en Atención Primaria, aunque con una recalibración de la puntuación.^{21, 22}

4.2.3. Índice PROFUNCTION.

Este índice se desarrolló en hospitales españoles sobre una cohorte de pacientes pluripatológicos.

El índice PROFUNCTION nos permite predecir en qué pacientes se puede sufrir una caída de 20 o más puntos en la escala de Barthel en los 12 meses próximos. Consta de 7 dimensiones sencillas de obtener (demografía, características clínicas y características funcionales-sociofamiliares) que se valoran según su presencia o ausencia, y a cada dimensión le corresponde una puntuación determinada.^{1, 14} Además, siguiendo este índice, los pacientes pluripatológicos se clasifican según las puntuaciones que obtengan en tres grupos de riesgo de declive funcional. Probabilidad de deterioro funcional a los 12 meses:

- 0 puntos (Bajo riesgo): 21-24%.
- 1-3 puntos (Riesgo intermedio): 30-34%.
- ≥ 4 puntos (Riesgo alto): 38-46%.¹

4.2.4. Chronic Care Model o Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas.

Ed Wagner, director del MacColl Institute for Healthcare Innovation junto con colaboradores, desarrollaron en EE.UU. en 1998 el Chronic Care Model, que es el modelo de referencia principal en la atención a los pacientes crónicos, es decir, que es utilizado internacionalmente para realizar estrategias usadas para la atención a la cronicidad.^{18, 23}

El objetivo más importante y destacable de dicho modelo es que sea realizado por pacientes bien informados y activos, y por profesionales proactivos que ayuden a conseguir una atención de calidad alta y con una gran satisfacción y buenos resultados. Por lo tanto, este modelo se centra principalmente en que el paciente tenga un papel importante al participar activamente en la gestión de su situación, es decir, que obtenga una cierta autonomía en cuanto a su enfermedad.^{18, 19}

El modelo es caracterizado por tres estamentos fundamentales interrelacionados (*Figura 4*):

- 1) La comunidad.
- 2) El sistema sanitario.
- 3) La práctica clínica.^{19, 24}

Además, el Chronic Care Model identifica seis áreas importantes:

- Relaciones con la comunidad: conexiones entre la comunidad y los recursos públicos y privados (por ejemplo, grupos de autoayuda).
- Organización del sistema sanitario: el principal objetivo es determinar un liderazgo e incentivación de la gestión al paciente crónico.

- Apoyo al autocuidado del paciente: fortalecer las capacidades del paciente es esencial para su propio cuidado y autonomía.
- Diseño del sistema asistencial: es necesario contar con equipos multidisciplinares efectivos y con ciertas responsabilidades para así responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes pluripatológicos, planificar sus cuidados, controlar el tratamiento y conocer su evolución.
- Apoyo a la toma de decisiones: facilitando el acceso a expertos sobre el tema en cuestión o formando adecuadamente a los profesionales para que tengan esta capacidad y poder plasmarlo en los pacientes, realizando para ello guías prácticas.
- Sistemas de información clínica: en gran medida gracias a las TICs se puede realizar un seguimiento adecuadamente al paciente, así como emitir recuerdos y alertas sobre cualquier proceso sobre su enfermedad.^{19, 24}



Figura 4. Chronic Care Model o Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas.

4.2.5. Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas.

El Innovative Care for Chronic Conditions se obtuvo a través de una adaptación del Chronic Care Model y fue desarrollado en 2002 por la Organización Mundial de la Salud.¹⁸

Dicho modelo sigue prácticamente el mismo esquema que el Chronic Care Model en el que se basa, aunque pone más incidencia en el enfoque de salud poblacional

y pone mayor interés en los aspectos relacionados con la prevención (*Figura 5*). El Innovative Care for Chronic Conditions pone énfasis también en el paciente y su entorno familiar.^{18, 19}

Este modelo cuenta con 3 niveles:

- Nivel micro: este nivel está centrado en el paciente y además, recalca que hay que realizar una reorganización sanitaria para que los profesionales sanitarios se motiven y trabajen mejor, así también se coordinarían con el paciente y su entorno familiar.
- Nivel meso: utiliza los recursos disponibles para concienciar a la población sobre toda la patología crónica y así prevenir las enfermedades crónicas.
- Nivel macro: basado en las estrategias y políticas de salud para asegurar que haya una financiación adecuada y contar con recursos. Realizándolo de forma adecuada para las necesidades de los pacientes y dentro del marco legislativo.^{18, 19}

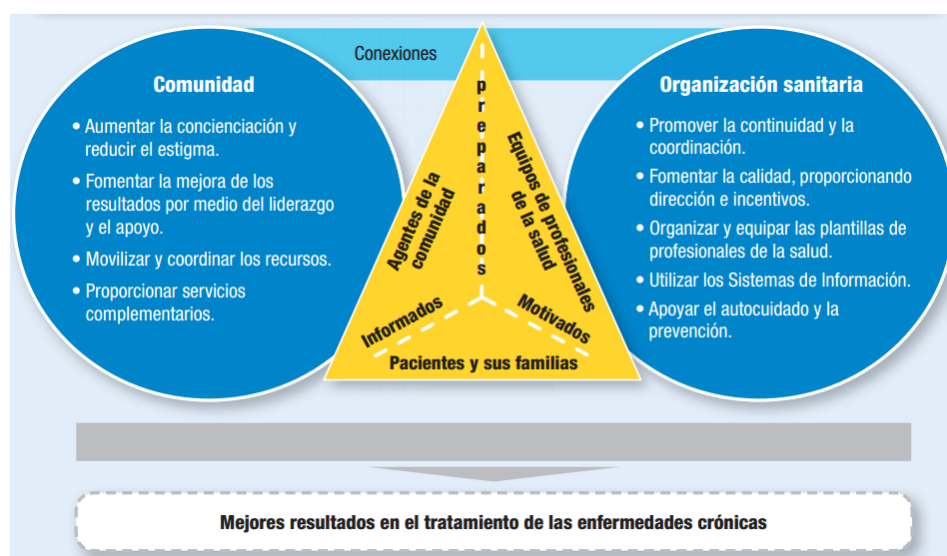


Figura 5. Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas.

4.2.6. Veterans Health Administration.

Este modelo supuso un cambio muy importante en relación con la atención a pacientes crónicos y en la evolución hacia sistemas de integración clínica. El Veterans Health Administration cuenta con una serie de características:

- Intensa potenciación de la Atención Primaria como base de la atención a los pacientes crónicos.

- Cooperación con el liderazgo clínico.
- Marco evaluativo multidimensional con envío de resultados a gestores y clínicos.
- Creación de microsistemas integrados locales a nivel territorial.
- Inversión en sistemas de información, para compartir mediante plataformas tecnológicas la información.
- Desarrollo de equipos para buscar una atención centrada en el paciente.
- Introducción de incentivos relacionados con la consecución de buenos resultados.³

4.3. Patologías más frecuentes en pluripatológicos.

Según un estudio transversal y descriptivo realizado en Andalucía en 2005²⁵, y tras analizar 400 historias clínicas de pacientes de Medicina interna de varios hospitales de esta comunidad autónoma, las patologías más frecuentes en estos enfermos son las cardiológicas y la diabetes mellitus, es decir que las categorías clínicas más prevalentes fueron la A (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica), la E (enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo con discapacidad) y la F (arteriopatía periférica sintomática, diabetes mellitus con repercusión visceral).²⁵

Cabe añadir que, otro estudio descriptivo transversal realizado en 2007 en la comunidad de Madrid detectó varias concordancias entre pacientes pluripatológicos, entre las cuales destacan las siguientes:

- El 60'5% de las mujeres presentan algún tipo de problema crónico, y los hombres un 48'1%. Este dato nos indica que la prevalencia de la pluripatología es mayor en mujeres.
- A medida que aumentaba la edad también lo hacía la pluripatología, es decir, la presencia de múltiples enfermedades crónicas.
- Se observó que en personas que habían sido bebedores y/o fumadores la prevalencia de la pluripatología era más alta.
- Aquellas personas que presentaban obesidad o sobrepeso eran más frecuentes que presentaran pluripatología.

Por consiguiente, este estudio, también detectó que, el uso de los servicios sanitarios aumentaba con la pluripatología.²⁶

4.4. Atención de enfermería en pacientes pluripatológicos.

Enfermería tiene un papel fundamental, el cual tendrá que desempeñar con estos pacientes pluripatológicos, especialmente trabajando en los aspectos clínicos, sociales, funcionales, emocionales y del entorno familiar, es decir, deberá realizarse una valoración integral. Por lo que desde enfermería se debe dar una continuidad asistencial que esté basada principalmente en la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente, ya que de esta forma detectaremos rápidamente los problemas que aparezcan y deban ser priorizados, las descompensaciones y la predisposición a un ingreso hospitalario.^{3, 8}

Además, también es importante realizar varios índices como el índice de Barthel, que valora las actividades básicas de la vida diaria, el índice de Lawton y Brody, valora las actividades instrumentales de la vida diaria, así como conocer el estado cognitivo del enfermo mediante el test de Pfeiffer o el miniexamen cognoscitivo de Lobo. También debemos aplicar escalas como Yesavage (escala que detecta la presencia de depresión) o escala de ansiedad de Goldberg para poder detectar correctamente la afectación emocional que tiene el paciente.³

Según un estudio observacional retrospectivo realizado en 2011 en Jaén²⁷, los principales diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC que se obtuvieron en pacientes pluripatológicos fueron los siguientes:

- Diagnósticos NANDA:
 - Deterioro de la movilidad física.
 - Ansiedad.
 - Riesgo de caídas.
 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
 - Intolerancia a la actividad.
 - Riesgo de estreñimiento.
 - Conocimientos deficientes.
 - Dolor agudo.
- Resultados NOC:
 - Movilidad.
 - Autocontrol de la ansiedad.
 - Conducta de seguridad: prevención de caídas.
 - Control del riesgo.

- Tolerancia a la actividad.
- Conocimiento: régimen terapéutico.
- Control del dolor.
- Eliminación intestinal.
- Intervenciones NIC:
 - Manejo de la energía.
 - Prevención de caídas.
 - Apoyo al cuidador familiar.
 - Prevención de las úlceras por presión.
 - Asesoramiento.
 - Apoyo emocional.
 - Ayuda en los autocuidados: AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).
 - Disminución de la ansiedad.²⁷

Es destacable también en este apartado, la figura del cuidador principal del enfermo pluripatológico, debido a que este también tendrá mucha importancia en el cuidado del paciente, porque este también recibirá la información necesaria para saber identificar las descompensaciones y los signos de alarma de las enfermedades. Así que, se deberán potenciar las necesidades de atención a la persona cuidadora por parte de enfermería, y se realizará el test de Zarit, que mide el grado de sobrecarga del cuidador.^{3, 8}

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Hubo gran dificultad a la hora de encontrar artículos directamente relacionados con las clasificaciones de pacientes pluripatológicos, durante la realización de este estudio. Este aspecto podría estar relacionado con una infrautilización de dichas clasificaciones, pudiendo influir en una atención de calidad en estos pacientes.

A continuación, se describen varios apartados que construirán la discusión de este estudio.

5.1. ¿Qué clasificación es la mejor o más útil?

En el estudio realizado por Nuño Solinís²⁰, donde se utilizó la clasificación de la pirámide de Kaiser Permanente, se determinaron los buenos resultados clínicos, que además reducía los tiempos de espera y el tiempo de uso de camas en los hospitales, ya que identificaban correctamente a pacientes pluripatológicos. Es decir, que esta estratificación, según palabras del autor “produce un alineamiento de los objetivos económicos y de salud, una población más sana que consume menos sanidad”, esto es porque detectamos al paciente pluripatológico con más anterioridad y evitamos así que se produzcan más gastos. Destaca el autor que con la utilización de esta clasificación hay una atención compartida entre los distintos niveles y que, se basarán en las necesidades actuales y futuras de cada paciente.

La estratificación de pacientes realizada por la Junta de Castilla y León¹⁶ utilizando la información contenida en las historias clínicas, tanto de atención primaria como atención especializada, permitió clasificar los pacientes en cuatro grupos, favoreciendo una atención más adecuada de las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes adecuándolas a sus necesidades y nivel de riesgo. Además de esta manera ayuda a los profesionales sanitarios a intervenir de manera proactiva a sus potenciales pacientes.

El caso de Castilla y León podría servir como ejemplo para que el resto de las comunidades autónomas que no lo hayan hecho hasta hoy, trabajaran para la mejora de la detección de los pacientes pluripatológico, ya que como se puede comprobar, a través de la Pirámide de Kaiser Permanente, la buena y pronta identificación de estos pacientes va a mejorar su salud y, además, va a evitar que el gasto sanitario vaya en aumento.

5.2. ¿Cuál es el modelo de atención al paciente pluripatológico más recomendado?

La mayoría de los autores coinciden en que el mejor modelo de atención al paciente pluripatológico es el de Chronic Care Model. Román Sánchez P.²⁸ expone que es el modelo más apto y apropiado. Santos Ramos B. et al¹⁷ exponen en su estudio titulado *Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria*, que el modelo de Chronic Care Model fue desarrollado a partir de una serie de revisiones sistemáticas de la bibliografía médica y de las aportaciones de expertos. Además, destacan también la presencia del Innovative Care for Chronic Conditions o Modelo de Atención innovadora para Condiciones Crónicas, que fue una adaptación del Chronic Care Model realizado por la OMS¹⁷.

Según el libro *Compendio de Atención Primaria*, de Martín Zurro A. et al³ el Chronic Care Model de Wagner es la propuesta más conocida y con más reputación sobre el abordaje de la cronicidad, y también ha sido adoptada por muchos países.

En el trabajo de Fernández Moyano A. et al²⁹ titulado *Care models for polypathological patients*, el Chronic Care Model es el modelo de atención más evaluado y extendido, cuya finalidad principal es crear el entorno adecuado para que se produzcan interacciones entre el paciente y los profesionales sanitarios. Además, también se refleja que este modelo se entenderá como más eficaz cuando los profesionales sanitarios y pacientes sean expertos cada cual en su dominio.

5.3. ¿Existen diferencias entre pacientes pluripatológicos en Atención Primaria y hospital?

En el artículo *El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario*, el autor Fernández Miera M.F¹² expone que, en los hospitales los pacientes pluripatológicos se pueden identificar a partir de unas características diferenciales como edad avanzada, frecuentes ingresos y mayor mortalidad. Este aspecto es importante ya que cada vez hay más aumento de ingresos de estos pacientes en los últimos años. Así mismo este estudio destaca que la mayoría de los pacientes pluripatológicos se encuentran más días hospitalizados especialmente en el servicio de medicina interna, aunque también en otras especialidades.

Martín Lesende I. en el artículo *Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos*³⁰ expone que los pacientes

pluripatológicos suelen presentar varias enfermedades crónicas, tener una edad avanzada y otros condicionantes como fragilidad o comorbilidad. Así mismo, se destaca en este artículo que debe existir una serie de evaluaciones que se encuentren generalizadas y que tengan aplicabilidad en todos los ámbitos sanitarios y no específicamente en Atención Primaria.

Tanto en Hospital como en Atención Primaria, las características que se encuentran presentes en los pacientes pluripatológicos son prácticamente las mismas, por lo que la principal diferencia es el tiempo de permanencia y la forma de trato hacia estas personas, así mismo se resalta que es necesaria una buena identificación tanto en el ámbito hospitalario como desde Atención Primaria, y por ello hay que generalizar la forma de evaluación de estos pacientes.

5.4. ¿Se encuentran las enfermeras con suficiente preparación y con el material necesario a la hora de identificar un paciente pluripatológico?

En el estudio realizado por Bernabeu-Wittel M. et al¹⁴ titulado *Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos*, se expone que hay que realizar un abordaje asistencial a estos pacientes mediante la creación de un plan de acción personalizado, que estaría adaptado a cada paciente. Este plan se realizaría identificando los problemas de salud de cada paciente y luego desarrollándolo y consensuándolo con el paciente, y en algunos casos con la persona cuidadora. En esta identificación se encontraría implicada la enfermera del paciente. Sin embargo, en el estudio realizado por Román Sánchez P.²⁸ se pone de manifiesto que todos los profesionales sanitarios y también la administración, ya saben que estos pacientes necesitan una atención continuada e integral, pero que a menudo es difícil afrontar cambios, y a esto se le une la falta de liderazgo para llevar a cabo dicha atención y todo lo que ello conlleva. Así mismo, concluye en su estudio que, para llevar a cabo una buena atención sanitaria en los pacientes pluripatológicos es necesaria la integración de un equipo multidisciplinar que estén bien formados y cualificados, siendo el equipo primordial de este proceso la enfermera y el médico de Atención Primaria.

En el estudio de Fernández Moyano A, et al²⁹ se destaca el hecho de que las organizaciones sanitarias también deben de dar una respuesta integral y eficiente a las necesidades de los pacientes, y para ello estas organizaciones deben seguir transformándose y atajar este reto asistencial que se presenta.

En general en estos estudios citados se expone que es necesario identificar al paciente de forma correcta y actuar sobre su enfermedad. Para ello debe haber un verdadero interés de todos los profesionales, resaltando la importancia de enfermería, ya que es muy necesario no solo tener en cuenta lo que debemos hacer, sino realizarlo de verdad. Y además también se pone de manifiesto que las organizaciones sanitarias atiendan las necesidades de estos pacientes.

6. CONCLUSIONES

Tras una búsqueda exhaustiva en diferentes fuentes bibliográficas y una comparación de diferentes artículos, se puede concluir en que:

- 1) En la revisión bibliográfica realizada, se ha encontrado un número escaso de clasificaciones de pacientes pluripatológicos en el ámbito de atención primaria y especializada.
- 2) En global, la utilización de las clasificaciones de pacientes pluripatológicos son eficaces. Pero debido a la escasa utilización y falta de estudios al respecto, no se puede concluir una eficacia de forma amplia en el sistema sanitario.
- 3) La escala más utilizada en la atención a estos pacientes es la pirámide de Kaiser Permanente, aunque en el caso de ciertas comunidades como la de Castilla y León, se opta por la utilización de otro tipo de clasificación, estratificando a los pacientes en función del contenido de las historias clínicas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ollero M, Bernabeu M, Espinosa JM, Morilla JC, Pascual B, et al. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. 3ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2018. [citado: 11-03-2019]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf
2. García Morillo JS, Bernabéu Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar Guisado M, Ramirez Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin. 2005;125:5-9.
3. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF, Gené-Badia J. Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia. 4ª Edición. 2016: 71-83.
4. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante 1 año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008;208:4-11.
5. Barón-Franco B. Paciente pluripatológico. Evaluación pronóstica específica. [citado:10-02-2019]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr.%20Baron.pdf>
6. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med. 2011;22:311-7.
7. Díez-Manglano J, de Escalante Yangüela B, García-Arilla Calvo E, Ubis Díez E, Munilla López E, Clerencia Sierra M, et al. PLUPAR study researchers. Differential characteristics in polypathological inpatients in internal medicine departments and acute geriatric units: The PLUPAR study. Eur J Intern Med. 2013;24:767-71.
8. Ruiz-Cantero A, Barón-Franco B, Domingo-Rico C, Sánchez-Mollá M, et al. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. 2013

[citado: 11-02-2019]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf>

9. Ollero M, Álvarez M, Barón B, Bernabéu M, Codina A, Fernández A, Garrido E, Rojas J, Romero S, et al. Proceso asistencial integrado. Atención a Pacientes Pluripatológicos. [citado: 20-01-2019]. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/PAI_Pluripatologico_2007.pdf

10. World Health Organization. Global report. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: WHO; 2005. [citado: 11-03-2019]. Disponible en: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

11. Alwan A. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación. 2010. [citado: 11-03-2019]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

12. Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008;22(2):137-143.

13. Bernabeu-Wittel M, Moreno-Gaviño L, Ollero-Baturone M, Barón-Franco B, Díez-Manglano J, Rivas-Cobas C, et al. PROFUND researchers. Validation of PROFUND prognostic index over a four-year-up period. Eur J Intern Med. 2016;36:20-4.

14. Bernabeu-Wittel M, Barón Franco B, Nieto-Martín D, Ramírez-Duque N, et al. Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. Rev Clin Esp. 2017.

15. Junta de Castilla y León. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo. [citado 23-03-2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo>

16. Junta de Castilla y León. Estratificación de pacientes: clasificación por grado de complejidad. [citado: 17-01-2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/transparencia/datos-interes/estratificacion-pacientes-clasificacion-grado-complejidad>

17. Santos-Ramos B, Otero-López M.J, Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara E.R, Vega-Coca M.D, et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.* 2012; 36 (6): 506-517.
18. Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. [citado: 22/03/2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
19. Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León. [citado: 27/02/2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
20. Nuño-Solinís R. Kaiser Permanente: ¿qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial?. *RISAI.* 2015. Vol7. Num 1.
21. Díez-Manglano J, del Corral Beamonte E, Ramos Ibáñez R, Lambán Aranda MP, Toyas Míazza C, Rodero Roldán MM, et al., en nombre de los investigadores del estudio PLUPAR. Utilidad del índice PROFUND para predecir la mortalidad a los 4 años en pacientes pluripatológicos. *Med Clin (Barc).* 2016; 147(6): 238-244.
22. Bohórquez Colombo P, Nieto Martín M.D, Pascual de la Pisa B, García Lozano MJ, et al. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en atención primaria: Estudio PROFUND en atención primaria. *Aten Primaria.* 2014; 46 (Supl 3): 41-48.
23. Institute for Healthcare Improvement. Changes to Improve Chronic Care. [Citado: 21/03/2019]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ChangestoImproveChronicCare.aspx>
24. IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. IEMAC. [Citado: 22/03/2019]. Disponible en: <http://iv.congresocronicos.org/documentos/ponencias/iemac.pdf>
25. Zambrana García J.L, Velasco Malagón M.J, Díez García F, Cruz Caparrós G, et al. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(9): 413-417.

- 26.** Rivas Costa G, Domínguez Berjón M.F, Astray Mochales J, Gènova Maleras R, et al. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 835-846.
- 27.** Villarejo Aguilar L, Pancorbo-Hidalgo P.L. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos*. 2011; 22(4): 152-161.
- 28.** Román Sánchez P. La atención al paciente crónico complejo. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl. 1): S5-S6.
- 29.** Fernández Moyano A, Machín Lázaro J.M, Martín Escalante M.D, et al. Care models for polypathological patients. *Rev Clín Esp*. 2017;217(6):351-358.
- 30.** Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. *Aten Primaria*. 2013;45(4):181-183.

